

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

98

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MÉDECINE)

PAR

Simon SIROTA

Ancien externe des Hôpitaux
Médaille des Épidémies

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

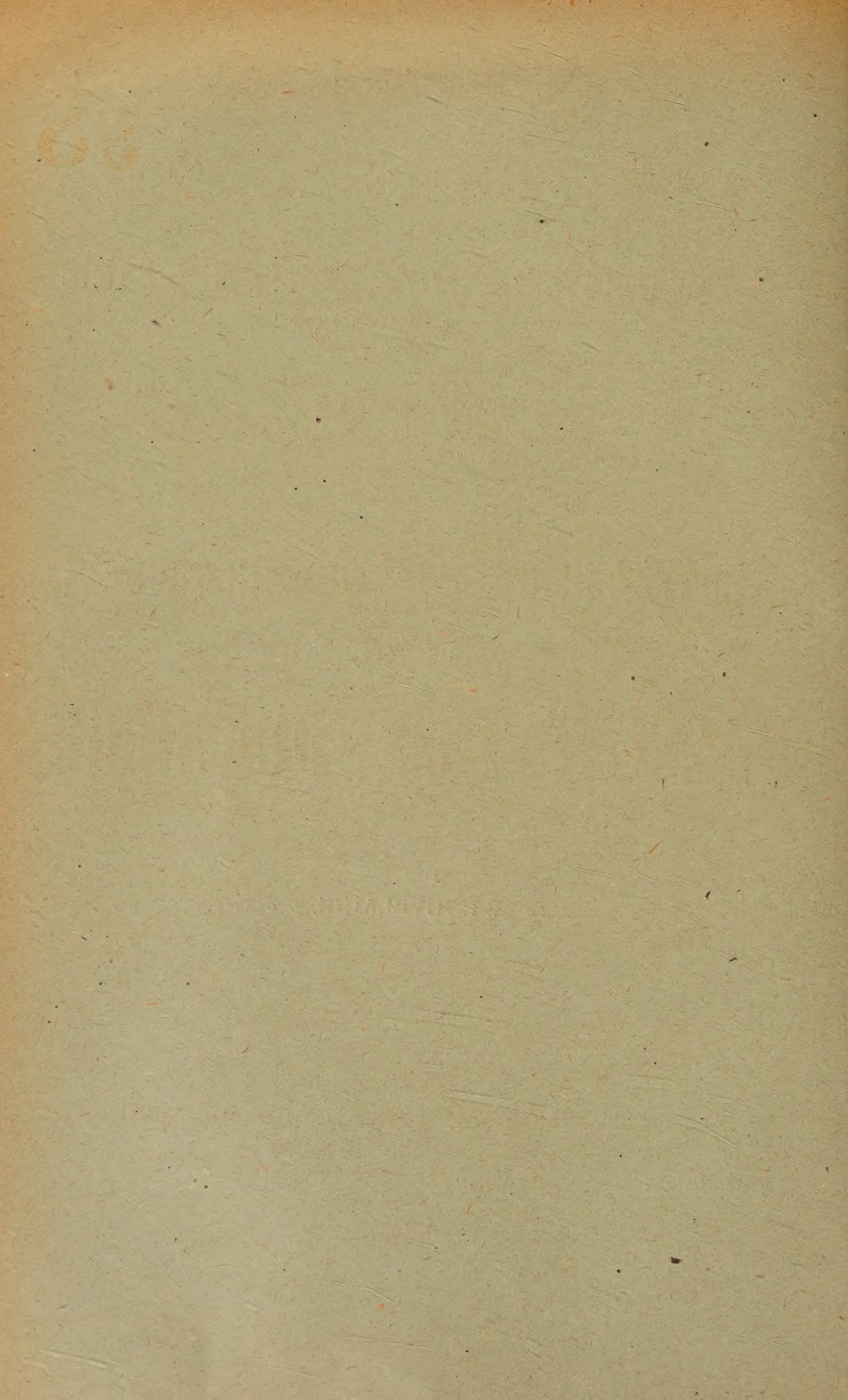
PRÉSENTATION DU SIÈGE

Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VI^e)

1919



98

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1919

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Simon SIROTA

Ancien externe des Hôpitaux

Médaille des Épidémies

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

PRÉSENTATION DU SIÈGE



Président : M. COUVELAIRE, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^e, ÉDITEURS

15, Rue Racine (VI^e)

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHER
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	JEANNIN	LERI	RICHAUD
BRANCA	JOUSSET (A.)	LOEPER	ROUSSY
CAMUS	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TANON
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
GOUGEROT	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GREGOIRE	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET
GUENIOT	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUILLAIN			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON FILS

A MON BEAU-FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

MONSIEUR ET MADAME KAMSKY

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE LA
PRÉSENTATION DU SIÈGE

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans ce travail d'étudier la présentation du siège à un point de vue purement clinique. Après en avoir rappelé les signes et la façon dont il faut établir le diagnostic aussi bien pendant la gestation qu'au moment du travail, nous compléterons l'étude de ce diagnostic par la recherche des causes les plus habituelles, ce qui constituera l'établissement d'un diagnostic étiologique.

Nous chercherons ensuite à établir un pronostic général et nous nous efforcerons dans la dernière partie de notre travail de montrer que ce pronostic est surtout fonction de la conduite tenue au moment du travail.

SIGNES ET DIAGNOSTIC

I. -- Dans la présentation du siège le fœtus est placé longitudinalement, le siège en bas, en rapport avec le détroit supérieur.

Pendant la grossesse et au voisinage du terme lorsque le fœtus se présente par le siège, l'interrogatoire et l'inspection ne fournissent guère de renseignements utiles ; tout au plus peut-on être amené à tenir compte de la notion anamnétique d'accouchements antérieurs par le siège, et de la douleur qu'au cours de sa gestation actuelle la femme pourra accuser le plus souvent dans l'un des hypochondres, quelquefois dans le creux épigastrique, c'est-à-dire à la place qu'occupe la tête fœtale : chez les femmes que nous avons eu l'occasion d'examiner à la clinique Baudelocque, ce signe décrit dans les traités classiques, ne nous a jamais paru manquer et prend de ce fait, nous semble-t-il, une importance peut-être plus grande que celle qui lui est habituellement attribuée.

Mais il faut bien dire que ce n'est guère que depuis l'enseignement de M. le professeur Pinard que l'on

sait faire le diagnostic de la présentation du siège pendant la gestation.

Et en effet c'est par le palper abdominal que se fait ce diagnostic.

Sans doute le XIX^e siècle vit-il dès ses débuts apparaître cette méthode d'examen qu'un Smellie et un Baudelocque ne savaient juste utiliser que pour reconnaître la présence du fœtus *in utero*.

Sans doute dès 1812 Wigand, médecin de Hambourg, donna-t-il les règles et les manœuvres générales du palper abdominal. Sans doute Hubert (de Louvain) enseigna-t-il dès 1833 et sans connaître les travaux de Wigand à pratiquer l'examen du ventre au point de vue du diagnostic de la grossesse ; enseignement repris et complété par son fils Eugène Hubert en 1877. Sans doute aussi Mattéi, en 1855, consacre tout un chapitre à la question dans son essai sur l'accouchement physiologique. Mais ce n'est vraiment que lorsque Pinard eut, sur les conseils de Tarnier et de Guyon, étudié à fond la question et publié en 1878 la première édition de son *Traité du palper abdominal* que cette méthode d'exploration entra vraiment dans le domaine de la pratique journalière et permit de faire facilement et avant le travail, le diagnostic différentiel entre la présentation longitudinale habituelle, présentation de l'extrémité céphalique et la présentation longitudinale siège en bas.

Le palper pratiqué méthodiquement donnera les renseignements suivants : Tout d'abord les mains

explorant l'excavation, rencontreront le plus souvent l'excavation vide. C'est à ce niveau ou plutôt au-dessus de l'aire du détroit supérieur, quelquefois en rapport avec une des fosses iliaques que l'on rencontrera une partie fœtale, assez volumineuse, irrégulière, ayant une résistance moins grande que la tête fœtale, et quelquefois accompagnée de petites parties fœtales, qu'il faut quelquefois rechercher beaucoup plus haut dans l'utérus : c'est l'extrémité pelvienne.

On recherchera au fond de l'utérus l'extrémité céphalique, le « plus souvent inclinée du côté opposé à la fosse iliaque occupé par l'extrémité pelvienne » (Pinard). Lorsque la tête est sur la ligne médiane on la délimite facilement et ses caractères apparaissent nettement avec sa forme régulièrement arrondie et dure ; en outre cette extrémité fœtale fuit sous la main et donne la sensation du *ballotement céphalique abdominal*. Mais cette exploration de la tête peut être rendue difficile lorsqu'elle se cache sous les fausses-côtes ; dans ce cas, dit Pinard, « il est nécessaire de mobiliser le fœtus, de le faire lentement évoluer en prenant en sens inverse sur les deux pôles ou en n'agissant que sur le pôle inférieur, si le supérieur est inaccessible, de façon à ramener la tête sur la ligne médiane », ou bien à la faire descendre de côté ; « en un mot, il faut la rendre plus superficielle et par cela même plus accessible, plus passable. »

Mais pour Pinard, « le signe caractéristique, pathognomonique de la présence de la tête au fond de l'utérus est la *constatation du sillon du cou* ». On

le recherchera de la façon suivante : « Les deux pôles ayant été rencontrés il faut rechercher où se trouve le plan résistant ; puis alors on déprime avec la pulpe des doigts la paroi abdominale en rapport avec le tronc du fœtus, je dirais centimètre par centimètre, en faisant cheminer très lentement les doigts. Or, tandis qu'on perçoit un plan continu, une surface unie entre le siège et le tronc, on sent une dépression, un vide assez marqué entre le tronc et la tête, les doigts s'enfonçant au niveau de la région cervicale » (Pinard). C'est le sillon du cou ou mieux sillon de la nuque.

On contrôlera ses sensations en pratiquant à plusieurs reprises le palper de haut en bas, puis de bas en haut.

Dans quelques cas le palper permet de reconnaître si le siège est complet ou décomplété, ce qui est important au point de vue de la conduite à tenir, car nous verrons que la version par manœuvres externes, relativement facile quand le siège est complet, devient le plus souvent très difficile lorsque le siège est décomplété mode des fesses. Dans le siège complet on rencontre les membres pelviens restés en bas plus ou moins fléchis sur le siège ; dans le siège décomplété, le pôle pelvien paraît moins volumineux, les membres inférieurs peuvent être suivis de bas en haut, relevés directement devant le tronc et formant attelle, comme l'a dit Tarnier ; la saillie des talons peut, dans ce cas, se sentir près de l'ex-

trémité céphalique qui ballotte généralement moins que lorsque le siège est complet.

Il faut savoir que dans certains cas, et en particulier chez les primipares, chez qui, en outre, la palpation est plus difficile, le siège peut être engagé, ce qui rend son exploration plus difficile et peut le faire interpréter à tort comme extrémité céphalique ; mais la recherche du ballottement céphalique abdominal au fond de l'utérus, et surtout la recherche du sillon de la nuque lèveront tous les doutes.

Le palper a donc permis d'établir déjà avec précision le diagnostic de présentation du siège. Il va nous permettre encore de diagnostiquer la position et la variété de position.

Dans la position sacro-iliaque gauche, variété antérieure, la fosse iliaque gauche est occupée par le siège ; la tête est située au fond de l'utérus, le plus souvent dans le flanc droit, quelquefois superficielle, bien souvent cachée sous le foie et le gril costal. Le plan résistant est en avant et dirigé de bas en haut et de gauche à droite ; partant de la fosse iliaque gauche, et tantôt s'élevant directement à gauche pour ne s'incurver à droite qu'au-dessous de l'ombilic, tantôt se dirigeant immédiatement vers le flanc droit en coupant la paroi abdominale en diagonale, il disparaît, il devient inaccessible à quelques centimètres au-dessus de l'ombilic ; mais jusqu'à ce niveau, il est très facile de le circonscrire.

Dans la position sacro-iliaque droite, variété postérieure, la fosse iliaque droite est occupée par le

siège accompagné, lorsqu'il est complet, de petites parties qu'on rencontre alors à gauche et en avant ; la tête occupe le fond de l'utérus, le plus souvent inclinée à gauche et facile à circonscrire ; le plan résistant paraît plus large, car ce qu'on explore c'est le plan latéral droit et le dos regarde en arrière.

Dans la position sacro-iliaque droite, variété antérieure, le siège est dans la fosse iliaque droite, la tête au fond de l'utérus, inclinée à gauche ; le plan résistant situé à droite et regardant en avant est facile à circonscrire, ne s'incurvant qu'au-dessus de l'ombilic ou traversant en diagonale (comme dans la S. I. G. A.).

Dans la position sacro-iliaque gauche, variété postérieure, le siège est dans la fosse iliaque gauche, avec, lorsqu'il s'agit d'un siège complet, les petites parties facilement rencontrées à droite et en avant ; la tête est dans le fond de l'utérus, inclinée à droite, difficile à palper ; le plan résistant qui est à gauche paraît étroit parce que le dos regarde en arrière et que ce qu'on explore est le plan latéral gauche du fœtus.

Notre diagnostic est dès maintenant établi et suffisamment établi par le seul palper.

Que peut-on attendre pour le compléter, pour le confirmer, de l'auscultation et du toucher ?

De l'*auscultation* pas grand'chose. La fameuse ligne de Depaul passant par l'ombilic et au niveau et même au-dessus de laquelle cet auteur voulait que fût le foyer d'auscultation dans les présentations du

siège, n'a pas grande valeur ; car si le foyer est haut, cela tient, comme l'a fait remarquer Ribemont-Des-saignes, à ce que la présentation n'est en général pas engagée avant le travail. Mais Pinard a montré de plus qu'avec une présentation du siège non engagée, les bruits du cœur peuvent s'entendre plus bas que dans une présentation du sommet dont l'engagement n'est pas plus accusé. Et cela tient à ce fait que la propagation des bruits du cœur foetal se fait à l'endroit où se perçoit leur maximum vers le pubis maternel ; c'est dans la constatation du sens de cette propagation que réside à peu près uniquement l'intérêt de l'auscultation dans les présentations du siège ; et il faut bien reconnaître que ce signe prend une grosse valeur lorsque la palpation s'est montrée difficile et n'est pas arrivée à des conclusions précises.

Quant à savoir reconnaître par la situation du foyer maximum de quelle position et variété de position il s'agit, nous pensons que l'auscultation ne rendra que de médiocres services et que les schémas dressés par Bumm à ce sujet sont illusoires ; car s'il est manifeste que dans les positions droites où le fœtus présente son flanc droit les bruits du cœur sont plus faiblement perçus que dans les positions gauches où il présente son flanc gauche, et que dans les variétés postérieures le foyer est plus postérieur que dans les variétés antérieures, il n'en reste pas moins que ce sont là minuties qu'on aura même quelquefois des difficultés à mettre en évidence *a posteriori* quand le

diagnostic aura été porté avec précision par le palper.

Reste le *toucher*. Celui-ci ne donne habituellement, c'est-à-dire quand le siège n'est pas engagé, aucun renseignement. On constate simplement que l'excavation est vide et l'on atteint à peine la présentation à bout de doigt. Il va sans dire que lorsque le siège est engagé on ne sentira à travers le segment inférieur mal distendu les caractères de tumeur irrégulière et inégalement dure. On pourra quelquefois dans ce cas sentir bouger un petit membre, ce qui permettra de faire le diagnostic de siège complet.

Pendant le travail, le palper rendra encore de grands services au moins au début du travail ; et même à ce moment le siège commençant à descendre la tête sera souvent plus accessible et l'on pourra mieux apprécier le sillon de la nuque.

Mais c'est à ce moment que le *toucher* prend toute son importance. La dilatation étant suffisante on pourra explorer la présentation soit à travers la poche des eaux encore intacte, soit directement si cette poche des eaux est rompue. C'est là qu'il faudra éviter de commettre cette erreur de prendre pour une poche des eaux non rompue le siège recouvert d'une bosse séro-sanguine ; c'est une erreur qu'on évitera à coup sûr si l'on adopte le précepte général de Varnier de ne pas retirer le doigt qui touche lorsqu'on examine une femme en travail avant qu'elle n'ait eu une douleur : à ce moment la poche des eaux si elle existe se tendra pour se relâcher aussitôt après la douleur disparue. Même avec des membranes non

rompues il est possible en touchant avec précaution dans l'intervalle des contractions de reconnaître la présentation du siège. Bien entendu ces sensations seront beaucoup plus nettes lorsque la poche des eaux sera rompue. On sentira alors nettement au moins une fesse, le plus souvent l'antérieure, de consistance mollassse, pâteuse, et dépressible avec dans la profondeur la résistance osseuse offerte par l'ischion. On évitera facilement de faire la confusion avec un sommet recouvert d'une bosse séro-sanguine. On reconnaîtra en outre le sillon inter-fessier, l'anus, la pointe du coccyx et la partie postéro-inférieure du sacrum. Le repérage exact de la crête sacrée permettra d'éviter la confusion avec une face dont les joues œdématiées et la bouche pourraient être confondues avec les fesses et l'anus lorsque l'œdème est très marqué. Il faudra se garder d'explorations prolongées tendant à reconnaître le sexe du fœtus, car l'œdème souvent accentué dont les parties génitales sont le siège risque de faire commettre une erreur qui deviendra patente au moment de la sortie du fœtus, sans compter que cette exploration pour le moins inutile peut traumatiser et excorier des organes rendus déjà fragiles par l'œdème.

Ce qu'il faudra s'attacher à reconnaître, c'est la position et la variété de position de la présentation, ce qui se fera facilement en reconnaissant la situation de la crête sacrée. Lorsqu'il s'agit d'une position droite, ce qu'on aura pu prévoir par le palper qui aura montré le dos à droite, on explorera avec la main

gauche et inversement ; on trouvera ainsi dans le cas où la rotation n'est pas encore faite le sacrum en variété antérieure ou postérieure ; lorsque la rotation sera effectuée et le siège prêt à se dégager, on se rappellera que le sacrum, point de repère de la présentation, devra se trouver en transverse perpendiculairement au maître-diamètre de la présentation, le bitrochantérien.

Telles sont les sensations recueillies par le toucher au cours d'un travail déjà assez avancé avec poche des eaux rompue, lorsqu'il s'agit d'une présentation du siège décomplétée mode des fesses.

Lorsqu'il s'agit du siège complet on reconnaîtra en outre, du moins lorsque la dilatation sera assez avancée, un ou deux pieds dans la partie du bassin opposés à celle occupée par le sacrum du fœtus. On pourra chercher à savoir distinguer le pied droit du pied gauche pour pouvoir saisir à bon escient le pied antérieur si l'on est obligé d'intervenir ; la chose est facile et avec un peu d'expérience on se fait une représentation mentale suffisamment précise de la situation du fœtus pour n'avoir pas d'hésitation. Par exception il pourra se faire que le petit membre sorti soit un membre supérieur précident ; se rappellera les caractères distinctifs du pied et de la main.

Dans les variétés également rares du siège décomplété mode des genoux et décomplété mode des pieds, le siège reste élevé et l'on reconnaîtra par le toucher les parties qui se présentent.

II. — Nous ne nous occuperons pas de la question fréquence de la présentation du siège qui au point de vue purement clinique n'offre guère d'intérêt. Mais nous nous étendrons un peu sur la question étiologique parce qu'elle nous apparaît non seulement comme le complément indispensable d'un diagnostic bien établi, mais encore comme un élément important du pronostic pour l'étude duquel elle nous servira de transition.

Si nous recourons aux statistiques qui ont été établies à Baudelocque par Néret sur l'instigation de Pinard (thèse de Paris 98-99) et par Marchand sur l'instigation de Wallich (thèse de Paris 1914), nous voyons que la cause de beaucoup la plus fréquente de toutes de la présentation du siège, est *l'insertion basse du placenta*. Mais à ce propos nous ferons remarquer que le pourcentage donné par Wallich d'après Néret dans ses *Eléments d'obstétrique* n'est pas exact : Néret ne dit pas en effet (d'ailleurs si les termes mêmes de ses conclusions prêtent à confusion ses chiffres sont sans ambiguïté) qu'il y a 80 o/o de placentas bas dans ses observations de siège, mais bien 80 o/o de placentas bas dans ses observations de siège qui ont présenté une rupture prématurée des membranes (70 insertions basses sur 85 cas de siège avec rupture prématurée des membranes).

Quant au pourcentage réel d'insertions basses, il est facile à calculer d'après les chiffres que donne l'auteur. Sur 373 observations il a trouvé l'insertion basse cent trente-huit fois comme cause unique, soit

dans 36,9 o/o des cas et cent cinquante-six fois comme cause unique ou associée soit dans 41,8 o/o des cas.

Les recherches de Marchand ont porté sur un plus grand nombre d'observations, 553 observations où les membranes ont été mesurées. Il trouve le placenta inséré bas trois cent vingt-quatre fois comme cause unique ou associée soit dans 69,6 o/o des cas. Ainsi d'après Marchand le pourcentage de placentas bas serait considérable : on le rencontrerait dans plus des deux tiers des cas de présentation du siège.

D'après la statistique du même auteur, il y aurait 20 o/o des cas pour lesquels on ne trouverait aucune cause connue. Quant aux causes autres que le placenta prævia on ne le rencontrerait que dans 9,9 o/o des cas. Par ordre de fréquence, on rencontrerait isolément ou en association avec le placenta prævia les malformations utérines, les rétrécissements pelviens, l'excès de liquide, les tumeurs utérines ou pelviennes et l'hydrocéphalie fœtale.

Lorsqu'on ne trouve pas de causes signalées, il s'agit ou bien de grandes multipares, ou bien il s'agit de primipares chez lesquelles le fœtus a été surpris en siège vers la fin du septième mois au moment où il est normal qu'il évolue spontanément pour venir au sommet, et où il n'a pu pour faire cette évolution passer ses grands diamètres à travers les petits diamètres utérins, à cause (et c'est là le fait essentiel) de l'habituelle situation en décomplété qu'il occupe dans ces cas.

On peut dire d'une façon générale que la présentation du siège se produit quand il y a un défaut d'accommodation. Mais tandis qu'un rétrécissement du bassin au détroit supérieur déforme moins le segment inférieur qu'il ne le relève en masse ainsi que la présentation qui y est contenue et par là gêne moins l'accommodation de la tête qu'un obstacle intrinsèque du segment inférieur, ce qui explique le faible pourcentage des rétrécissements pelviens de l'étiologie des présentations du siège ; au contraire, « lorsque la cavité utérine est déformée par la présence d'un placenta sur le segment inférieur, cette région de l'utérus se trouvant dépourvue d'élasticité, ne peut plus admettre la tête, résistante, non réductible, mais loge très bien au contraire, le siège plus dépressible, moins volumineux, surtout s'il se trouve séparé des membres inférieurs, relevés au-devant du tronc. Cette explication pathogénique est plus en rapport avec les faits, que celle qu'on a l'habitude de donner et qui consiste à dire que la présentation du siège s'observe quand la tête devient la partie la plus volumineuse de l'ovoïde fœtal », ces conditions n'étant réalisées et encore d'une façon inconstante que dans les cas exceptionnels d'hydrocéphalie fœtale (Wallich). Et l'on remarquera, ajoute Wallich en se fondant sur les documents recueillis par Marchand, « que dans la catégorie des placentas prævias, le mode des fesses est signalé dans 2 cas sur 3 ; il semble donc bien que c'est la déformation du segment inférieur de l'utérus qui lui fait refuser d'admettre la

tête irréductible, pour recevoir le siège malléable en le diminuant des membres inférieurs relevés ».

On voit tout l'intérêt qu'il y a en présence d'une présentation du siège à savoir pourquoi l'on est en présence d'une telle présentation. Cela revient, pour n'envisager d'abord que les causes les moins fréquentes, à dépister par une exploration soigneuse du bassin une angustie pelvienne ou un fibrome du segment inférieur ; à moins qu'une distension utérine anormale ne soit révélée par la palpation pour expliquer la présentation par un excès plus ou moins manifeste de liquide amniotique ; à moins aussi que cette palpation n'ait permis de sentir une corne utérine anormalement développée où se sentira une tête, tandis que le siège sera en bas plus ou moins incliné vers la fosse iliaque du côté opposé ; à moins encore qu'en dehors de toute autre cause plausible on ne soit en présence d'une grande multipare chez laquelle la constatation d'un siège en bas très mobile au-dessus de l'aire du détroit supérieur doit toujours laisser l'esprit du clinicien en éveil, le siège risquant dans ces cas de filer franchement de côté au moment de la rupture de la poche des eaux et de donner lieu à une présentation franchement dystocique, à une présentation de l'épaule.

Mais l'intérêt du diagnostic étiologique de la présentation du siège réside surtout, et c'est sur ce point que nous tenons à insister, dans la fréquence même avec laquelle on retrouvera dans ces cas le placenta prævia.

A priori cette fréquence du placenta bas devrait nous faire supposer que fréquentes aussi seront les hémorragies dans les présentations du siège. Car on sait que ce qu'il faut redouter avant tout dans les placentas bas c'est par ordre de gravité d'abord l'hémorragie, ensuite la rupture intempestive des membranes, facteur d'infection. Or une chose nous a frappé dans la lecture des observations où le placenta fut noté comme vicieusement inséré, c'est que le plus souvent aucune hémorragie appréciable ne fut notée et que le diagnostic de placenta bas fut établi non pas au lit de la femme avant ou pendant le travail, mais après la délivrance lorsque, pièces en mains, il était possible de mesurer les membranes; ceci restant vrai même dans les cas où le placenta avait été trouvé inséré à moins de 5 centimètres (si comme l'admet Armanet (Thèse de Paris, 1906-07), seuls sont capables de donner des hémorragies les placentas insérés à 5 centimètres au moins de l'orifice interne du sol). Néret dans sa thèse établie sur 373 observations de siège ne relate que 6 cas d'hémorragie par insertion basse avec mort de la femme dans 2 cas; encore la mort a-t-elle été due surtout à l'infection dans un de ces cas (n° 391, 1890).

Il ne paraît pas douteux que la rareté des hémorragies dans les sièges avec placenta bas soit due à la présentation même; le siège fait office de compression et si le placenta bas a eu ce mauvais effet de produire une présentation dystocique, du moins celle-ci semble-t-elle constituer dans la majorité des

cas le traitement automatique de cette insertion basse. Et nous nous demanderons tout à l'heure à propos de la conduite à tenir si cette constatation ne pourrait pas permettre dans une certaine mesure de restreindre les indications de la version par manœuvres externes.

Raison de plus pour nous efforcer d'établir avec le plus de probabilité possible ce diagnostic de placenta bas, car il ne faut pas seulement penser à l'hémorragie, il faut aussi penser à la rupture prématurée des membranes qui peut entraîner après elle l'accouchement prématuré et l'infection.

Pouvons-nous faire mieux que de prévoir le placenta bas, du fait de sa grande fréquence, et par élimination des autres causes ? Oui, car nous avons à notre disposition les signes décrits par Pinard et que nous devons rechercher. L'insertion vicieuse pourrait être reconnue avant toute hémorragie à cinq caractères : 1° le non engagement de la présentation chez une primipare après le septième mois, avec résistance caractéristique au palper abdominal cherchant à abaisser la présentation, est un signe décrit surtout par la présentation céphalique et perd ici de sa valeur ; 2° la constatation d'une repli circulaire dans la partie supérieure du vagin, repli pouvant faire croire à une dilatation du col ; 3° le déplacement latéral du col ; 4° l'épaisseur variable des différents points du segment inférieur entre le doigt et le pôle foetal, avec en général épaisseur plus marquée du côté opposé à celui vers lequel le col est dévié ;

5° perception du poulx dit d'Ossiander au niveau du cul-de-sac postérieur.

* * *

III. — Nous voyons dès maintenant quels sont les éléments qui nous permettent d'établir le *pronostic* général de la présentation du siège.

Ce pronostic est fonction : 1° de la présentation en elle-même ; 2° de la cause de la présentation ; 3° de la conduite tenue.

Pour étudier le pronostic de la présentation du siège en elle-même il faut s'adresser aux cas dans lesquels on ne trouve pas de cause manifeste pouvant expliquer cette présentation.

Au point de vue maternel, il y a d'abord un élément essentiel d'appréciation qui nous est fourni par l'étude de la longueur du travail. Nous avons établi d'après les chiffres recueillis par Nérét une moyenne générale et nous sommes arrivés aux chiffres suivants. Chez les primipares la durée totale du travail est en moyenne (ce chiffre variant bien entendu suivant la grosseur du fœtus et suivant le mode complet ou décompleté) de treize heures douze ; et chez les multipares de neuf heures quarante-deux, soit en chiffre ronds treize heures pour les primipares et neuf heures et demie pour les multipares. La durée de la période d'expulsion serait de quarante-neuf minutes pour les primipares et de vingt et une minutes pour les multipares.

Les conclusions que nous en pouvons tirer sont

que la durée moyenne de la totalité du travail est sensiblement la même pour les primipares, si nous nous en tenons aux moyennes établies par Varnier, qu'il s'agisse d'un siège ou d'un sommet, le chiffre donné par Varnier (*Obstétrique journalière*) comme durée moyenne du travail dans l'accouchement par le sommet étant de treize heures trente chez les primipares tandis que chez les multipares la durée moyenne du travail est sensiblement plus élevée lorsqu'elles accouchent en siège (9 h. 30), que lorsqu'elles accouchent en sommet (7 h. 30) ; mais tandis que la période d'expulsion est sensiblement plus courte chez les primipares lorsqu'elles accouchent en siège (49 minutes) que lorsqu'elles accouchent en sommet (1 h. 30) chez les multipares si cette période est également plus courte (21 minutes au lieu de 35) elle l'est dans des proportions bien moindres. Et si nous faisons abstraction de cette période d'expulsion nous voyons que le travail qu'il s'agisse de primipares ou de multipares est plus long dans le siège que dans le sommet, et que si chez les deux l'expulsion est de moindre durée dans le siège que dans le sommet, cela tient à la fréquence avec laquelle on intervient au cours de cette période, fréquence d'ailleurs beaucoup plus grande chez les primipares que chez les multipares, ce qui fait que c'est surtout chez les primipares que cette période d'expulsion est abrégée.

Et en fin de compte on peut dire que la durée totale du travail dans l'accouchement par le siège est plus grande que dans l'accouchement par le sommet.

Mais cette augmentation de la durée du travail serait peu de chose, et pourrait être considérée comme un élément sinon négligeable, du moins de bien faible aggravation du pronostic (en dehors de l'apparition d'un quelconque des incidents fréquents dans la présentation du siège et sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure) s'il ne fallait tenir compte de la fréquence des interventions. Ces interventions agiront pour augmenter la morbidité maternelle, de deux façons, soit qu'il faille intervenir précocement, l'introduction de la ou des mains dans les organes génitaux constituant un danger d'infection non négligeable, soit que la nécessité d'extraire plus ou moins hâtivement le fœtus menacé dans sa vitalité n'augmente les risques de lésion des parties molles maternelles, risques déjà importants en dehors de toute intervention et résultant du mécanisme même de l'accouchement au cours duquel les parties molles maternelles sont d'abord dilatées par le pôle le moins volumineux et surtout le plus malléable du fœtus, tandis que la tête sortant dernière lèse si fréquemment ces parties molles.

Il va sans dire que lorsque, comme il est fréquent, les membranes se seront rompues précocement les risques d'infection maternelle sont augmentés. Nous reviendrons sur ce point à propos du pronostic envisagé en fonction de la cause déterminante de la présentation.

Quant à la morbidité et à la mortalité fœtales on se rend aisément compte de leur importance non

seulement de l'étude globale des chiffres statistiques publiés à ce sujet, mais par la simple revision des incidents rares et variés qui menacent le fœtus au cours de l'accouchement. Les différents chiffres publiés de mortalité foetale sont à peu près d'accord : il y a en moyenne 1 pour 20 ou 1 pour 9 de mortalité chez les primipares, 1 pour 30 ou 1 pour 25 chez les multipares. Cependant dans la statistique de Nérét, la mortalité serait de 0,9 pour 10 chez les primipares, et de 1,4 pour 10 chez les multipares ; ce dernier chiffre qui même expurgé reste à 1,2 pour 10 paraît un peu élevé et il serait intéressant de reprendre la question.

Nombreuses sont les menaces qui pèsent sur l'enfant venant au monde par le siège. Ce sont d'abord les procidences, et si la procidence du cordon est de toutes la plus grave parce qu'elle est difficile à maintenir réduite et qu'elle oblige trop souvent à intervenir d'une façon précoce et pour l'obtention d'un résultat médiocre, la procidence d'un membre supérieur bien que rare n'en a pas moins son importance parce qu'elle constitue une véritable dystocie en augmentant souvent d'une façon notable la durée du travail.

Beaucoup plus importants sont les incidents relatifs au passage de la tête dernière dans l'excavation. Si ce passage est lent, le fœtus, dont le tronc est exposé au dehors à toutes les excitations provenant de contacts ou du froid extérieur relatif, fait des inspirations primitives et remplit plus ou moins ses

voies respirations des mucosités maternelles. L'état d'asphyxie qui pourra dès ce moment en résulter et d'où il pourra être difficile de tirer le fœtus une fois son extraction faite, sera souvent aggravé par la compression du cordon entre la tête fœtale et les parois de l'excavation. Quant au décollement du placenta par la tête dernière nous en reparlerons à propos du pronostic envisagé en fonction des causes de la présentation.

Enfin la déflexion des bras et de la tête sont des incidents qui ont quelquefois leur importance parce qu'ils peuvent rendre laborieuses et l'abaissement des bras et la manœuvre de Mauriceau d'extraction de la tête dernière ; mais ce sont des incidents pourrait-on dire presque obligatoires lorsque, comme le plus souvent d'ailleurs, on aura été obligé d'intervenir soit par une grande extraction, soit le plus souvent par une extraction simple.

Mais dans l'appréciation du pronostic tant maternel que fœtal il ne faut pas seulement tenir compte de la présentation en elle-même et de son mode avec les variations qu'y ajoutent la notion de position du fœtus, ainsi que la notion de son volume et de son poids, mais il faut tenir compte aussi de la cause de la présentation et de la conduite tenue au cours de la gestation et de l'accouchement.

Et tout d'abord quels sont les incidents liés au placenta inséré bas si souvent en cause ? Ce sont avant tout les hémorragies et la rupture prématurée des membranes. Nous avons vu que les hémorragies,

au moins les hémorragies graves sont relativement rares ; mais si les hémorragies par décollement prématuré du placenta sont rarement graves par elles-mêmes au point de vue maternel, elles n'en constituent pas moins une cause d'affaiblissement de la vitalité du fœtus déjà menacée d'autres façons. En outre si la rupture prématurée des membranes (très fréquente d'après Néret quoiqu'elle se produisait dans 80 o/o des cas d'insertion basse) est une manière de traitement spontané prophylactique ou curatif de l'hémorragie, elle n'en reste pas moins par elle-même une cause d'aggravation du pronostic maternel parce qu'elle facilite l'infection. Enfin il faut savoir qu'au moment de la sortie de la tête dernière, le décollement du placenta inséré bas par cette tête peut singulièrement aggraver le pronostic maternel pour peu que cette extraction de la tête soit difficile.

Si nous envisageons maintenant les autres causes de la présentation du siège nous voyons qu'en cas de malformation utérine ce qu'il faudra craindre surtout c'est l'inclinaison du siège qui au moment du travail (si la femme n'a pas été surveillée et si l'on n'a pas fait le nécessaire comme nous le verrons tout à l'heure) pourra, surtout au moment de la rupture souvent intempestive de la poche des eaux, donner lieu à la présentation franchement oblique ou transversale.

En cas de bassin rétréci ou d'excès de liquide ce qu'il faudra craindre c'est la procidence du cordon

avec ses conséquences si graves pour le fœtus. Le bassin rétréci, en outre, et suivant son degré de rétrécissement, pourra créer les dystocies les plus graves tant au point de vue maternel qu'au point de vue fœtal.

Nous n'envisagerons pas la question du pronostic en cas de tumeur utérine fibromateuse, ou de tumeur pelvienne ; il va sans dire que, comme dans les rétrécissements pelviens, ce n'est plus le siège qui est en cause lorsque la cause dystocique devient un peu importante ; ce n'est plus qu'une question de degré de rétrécissement ou de grosseur de tumeur avec situation plus ou moins *prævia*. Que si le bassin est seulement légèrement touché ou la tumeur juste suffisante pour avoir déterminé le siège à se placer en bas, le pronostic sera peu ou pas différent de ce qu'il est dans le siège en général, abstraction faite de la cause de la présentation.

Voyons maintenant comment le pronostic peut varier suivant la conduite tenue. Il va sans dire que dans tous les cas où au cours de la gestation la version par manœuvres externes aura été entreprise avec succès, il ne sera plus question de pronostic de présentation du siège. Dans ces cas le pronostic sera celui d'une présentation de l'extrémité céphalique dans laquelle il faudra tenir compte de la nature de la cause qui aura déterminé le siège à se placer en bas. Encore faut-il bien savoir que dans ces cas, du fait même que la version aura été possible et durable quant aux résultats acquis, la cause qui avait déter-

miné le siège à venir en bas était peu impérative, et modifiera médiocrement le pronostic de l'accouchement par le sommet ; il ne s'agira dans ces cas ni d'une tumeur utérine ou pelvienne à proprement parler, dystocique, ni d'une malformation utérine bien accentuée, car alors la version n'aurait pas été possible ; et d'ailleurs en cas de malformation utérine accentuée ce n'est pas la version qu'on aura tentée, comme nous le verrons plus loin, mais la simple réduction de l'inclinaison du siège ; il ne s'agira pas non plus d'un excès de liquide considérable, car la version alors facile n'aura pas d'effets durables. Il pourra s'agir au contraire d'un bassin rétréci dans lequel l'examen de ce bassin a montré que l'accouchement avait des chances de se produire spontanément et le pronostic est alors celui d'un accouchement en sommet dans un bassin plus ou moins légèrement vicié. Il pourra s'agir aussi, et ce sera le cas le plus habituel, d'un placenta inséré bas. On sait qu'il n'est pas nécessaire, et cela découle de la lecture des observations d'accouchements par le siège où la mensuration des membranes a été faite, que le placenta soit très bas inséré pour que la tête ait trouvé de ce fait un empêchement suffisant à son accommodation pelvienne. Ce qui revient à dire que le pronostic de l'accouchement en sommet dans les cas où la version a été faite sur un siège dû à la présence d'un placenta bas, ne sera le plus souvent que peu modifié du fait de l'existence de ce placenta bas. Mais il n'en reste pas moins que dans certains cas des

phénomènes hémorragiques pourront se produire qui modifieront le pronostic.

Lorsque le siège arrive à terme, soit que la version n'ait pas été tentée, soit qu'elle l'ait été avec insuccès, le pronostic est très dépendant de la conduite tenue au moment de l'accouchement. Le simple fait de toucher fréquemment la femme soit pour juger du progrès du travail, soit pour vérifier son diagnostic n'est pas anodin, car c'est non seulement une cause d'infection, mais c'est aussi un risque de rupture intempestive des membranes, cause elle-même du ralentissement du travail et d'augmentation des risques d'infection. En outre, toutes les manœuvres sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure, qui nécessitent l'introduction de la main dans les voies génitales, sont une cause d'aggravation du pronostic non seulement maternel du fait des risques d'infection due tant à la simple introduction de la main qu'aux traumatismes et aux déchirures produites, portes d'entrées ouvertes à cette infection, mais aussi fœtal du fait des violences que subit le fœtus. Et nous ne parlons pas des manœuvres faites à contre-temps, maladroitement ou brutalement par un opérateur inexpérimenté ; nous ne parlons que des lésions que, toutes choses égales d'ailleurs il est difficile sinon impossible dans certains cas d'éviter.

Ce sont pour la mère des déchirures vaginales, vulvaires et périnéales infiniment plus fréquentes que dans l'accouchement par le sommet. Mais nous verrons tout à l'heure qu'en réduisant au strict néces-

saire les extractions et en laissant à la nature le plus gros de l'ouvrage (à moins qu'au contraire on ne puisse l'aider efficacement et simplement comme cela doit se faire chez les primipares par l'application d'un ballon dilatateur qui prépare la voie au fœtus), on réduira au minimum les lésions maternelles.

Et de la même façon on réduira le pourcentage des lésions fœtales. Nombreuses sont en effet les lésions que l'extraction même bien conduite peut produire chez le fœtus pour peu qu'une difficulté imprévue surgisse chez une femme que l'on examine pour la première fois en plein travail et qui est porteuse par exemple d'un rétrécissement pelvien que l'on n'a pas pu diagnostiquer. On pourra ainsi observer, indépendamment des incidents que nous avons relatés à propos de l'établissement du pronostic fœtal en général, des fractures ou des enfoncements du crâne, des fractures des membres, des épanchements sanguins superficiels ou profonds, des paralysies (paralysie du plexus brachial); on pourra observer aussi des lésions du muscle sterno-cléido-mastoïdien se manifestant après la naissance par l'apparition d'un torticolis congénital.

Il n'est pas dans notre intention; et ce serait dépasser le cadre de notre sujet, de nous étendre sur cette question du torticolis congénital. Mais puisque nous nous occupons ici de la question pronostic, il nous est difficile de ne pas rappeler les conclusions présentées à ce sujet par M. Couvelaire au Congrès de Toulouse de 1910. Les examens histologiques pra-

tiqués par cet auteur lui ont montré que les lésions consistaient surtout en dégénérescence dite de Zenker de la fibre musculaire, avec hyperplasie conjonctive plus ou moins accentuée et qu'accessoirement il pouvait exister des infiltrations sanguines diffuses résultant d'un traumatisme au cours de l'accouchement ; ces lésions seraient favorisées par l'état pathologique du muscle et c'est dans une infection ou une intoxication des procréateurs (syphilis, saturnisme, tuberculose) qu'il faudrait chercher la cause première de ces lésions congénitales du sterno-mastoïdien. On voit que, pour peu fréquentes que soient ces lésions, leur constatation n'en est pas moins intéressante au point de vue pronostic tant par la séquelle qu'elles peuvent laisser si elles ne sont pas traitées rationnellement, que par l'éveil qu'elles donnent au clinicien pour la recherche possible d'une tare héréditaire.

Enfin, ce sera bien souvent du fait d'une extraction trop hâtive que l'on observera parfois ces cas de rétraction du col utérin autour du cou du fœtus. Le fœtus est alors si menacé dans sa vitalité qu'il paraîtra le plus souvent inutile et dangereux de vouloir quand même extraire la tête fœtale ; inutile parce que le fœtus aura le plus souvent succombé par asphyxie, dangereux parce qu'on fait courir à la mère de gros risques en produisant du côté du col des déchirures qui peuvent remonter plus ou moins haut dans le segment inférieur.

IV. La *conduite à tenir* en présence d'une présentation du siège est différente suivant qu'on est appelé au cours de la gestation ou au cours du travail. Nous ne prétendons pas entrer dans le détail des techniques ; mais nous nous proposons de rappeler les grandes lignes des manœuvres techniques et d'insister sur certains points particuliers dont des études récentes ont bien mis en lumière l'importance dans l'amélioration du pronostic.

Ce qu'il faut faire pendant la gestation c'est tâcher de transformer les présentations du siège en présentations de l'extrémité céphalique. Car si la présentation du siège ne doit pas laisser le clinicien dans l'inquiétude, elle ne lui en laisse pas moins comme une arrière-pensée et le désir si la possibilité s'en présente d'obtenir mieux.

Nous ne ferons pas l'historique de la *version par manœuvres externes* ; nous rappellerons seulement que cette manœuvre n'a commencé à être connue qu'au début du XIX^e siècle en même temps que naissait le palper abdominal obstétrical : c'est à Wigand, médecin hambourgeois, que revient le mérite (comme nous le rappelions à propos du diagnostic par le palper), d'avoir le premier tenté vers 1812 la version par manœuvres externes ; mais il ne pratiquait cette manœuvre qu'au début du travail, les membranes étant intactes dans le cas de présentation de l'épaule seulement. C'est Hubert (de Louvain) qui, dans son enseignement de 1833 vers 1843, proposa pour les présentations de l'épaule d'intervenir avant tout

début de travail, dans les derniers jours de la gestation. Il faut arriver jusqu'à Mattéi en 1853 pour voir conseiller la version par manœuvres externes pendant la gestation non seulement en cas de présentation de l'épaule, mais aussi en cas de siège. Et c'est en 1878 que paraissait la première édition du *Traité du palper abdominal* de Pinard qui mettait définitivement au point la technique du palper abdominal et celle de la version céphalique pour la perfection de laquelle il apportait sa ceinture eutocique. M. Pinard pose en principe que pendant la gestation il faut faire la version céphalique par manœuvres externes, dans tous les cas où après huit mois de gestation, la « tête occupe soit une des fosses iliaques, soit le segment supérieur de l'utérus. » Il répond justement à cette objection que souvent l'évolution se fait spontanément à la fin de la gestation, que cette évolution spontanée étant loin d'être la règle, il vaut mieux agir, plutôt que de « livrer la femme et l'enfant au hasard. »

Cette intervention comporte des contre-indications. On s'en abstiendra en particulier en cas de grossesse multiple, le premier fœtus se présentant par le siège. On s'en abstiendra aussi en cas d'hydramnios : ce serait agir en pure perte de temps, le fœtus ayant une trop grande mobilité pour avoir quelque raison de conserver la situation qu'on a voulu lui donner. La manœuvre est également contre-indiquée en cas de fœtus mort, le vrai intérêt de la manœuvre était d'améliorer le pronostic fœtal.

En cas de rétrécissement important du bassin, ou de tumeur utérine ou pelvienne franchement dystocique, on conçoit que la version par manœuvres externes soit également dépourvue de tout intérêt, car ces cas, quelle que soit la présentation, seront justiciables d'une intervention chirurgicale.

Enfin, en cas de malformation externe bien accentuée, la version par manœuvres externes sera le plus souvent non seulement inutile, mais le plus souvent impossible, et le mieux qu'on aura à faire, sera non pas une version, mais une simple réduction par manœuvres externes, réduction ayant pour but de ramener au contact de l'aire du détroit supérieur un siège que l'on aura trouvé plus ou moins franchement incliné, fuyant vers une fosse iliaque.

On se heurte également à une véritable impossibilité lorsqu'il s'agit de ce que M. Pinard appelle la variété franche de la présentation du siège rencontrée chez quelques primipares et où la présentation est le résultat d'une véritable accommodation. Dans ce cas, le premier temps de la manœuvre, la mobilisation de la présentation est impossible. Il ne s'agit pas là, comme l'a bien montré Varnier, d'un engagement du siège, car, dit-il, même décomplété mode des fesses, le siège ne s'engage pas pendant la grossesse. L'obstacle alors ne réside pas dans le pseudo-engagement du siège ; il réside tout entier dans la tonicité utéro-abdominale, dans l'adaptation à ce point étroit de l'utérus au fœtus, que du fait de la pression subie, le fœtus présente à la naissance des difformités carac-

téristiques heureusement passagères. » Et Varnier conclut : « à partir du moment où plusieurs tentatives consciencieuses de mobilisation bi-manuelle vous ont démontré l'impossibilité de la mobilisation, résignez-vous sans plus à laisser le siège en bas. »

C'est à de semblables difficultés, pour ne pas dire à de semblables impossibilités, qu'on se heurte en cas de tentatives de version par le siège pendant le travail.

Le siège décomplété mode des fesses ne constitue pas une contre-indication, tant s'en faut, mais bien une difficulté souvent insurmontable. Et Néret voit dans ce fait l'explication de cette notion technique de la fréquence plus grande de la présentation du siège décomplété mode des fesses, cette plus grande fréquence étant due à ce qu'une grande quantité d'enfants se présentant par le siège est ramenée en présentation céphalique soit par version spontanée, soit par version par manœuvres externes, à la condition que ces enfants se présentent par le siège complet ; car si les membres inférieurs sont relevés en attelles, cette évolution est entravée, tant par l'engagement précoce (?) que par l'augmentation de la rigidité de la tige fœtale.

Dans quelles conditions faut-il intervenir ? On n'interviendra que chez une femme qui se sera reposée un certain temps en décubitus dorsal, et à laquelle on n'aura fait subir aucun examen capable de tenir en éveil sa contractilité utérine. On aura soin de n'opérer que lorsque la vessie sera vide. La

pièce sera chaude ; l'opérateur veillera à n'avoir pas les mains froides dont le contact ferait se contracter la paroi abdominale. Enfin, au moment d'agir, on agira franchement, sans brutalité, mais sans hésitation, avec cette appréhension constante qu'une palpation intempestive, hésitante et de ce fait inutilement prolongée n'incite les contractions utérines à se produire qui rendront rapidement la manœuvre impossible. Il faudra partir franchement et sans hésitation parce que la manœuvre bien conduite est sans danger, et que les risques de décollement du placenta sont sinon illusoires, du moins bien minimes, de même que la strangulation du fœtus n'est guère à redouter. Mais ce qu'il faudra savoir aussi, c'est ne pas insister outre mesure et savoir s'abstenir après que quelques tentatives loyales mais infructueuses auront démontré l'impossibilité de la manœuvre. Il faut savoir enfin que le moment optimum pour intervenir est la fin du huitième mois.

Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire. Il est trop connu et trop bien décrit dans *le Traité* de Pinard et dans *l'Obstétrique journalière* de Varnier. Nous n'en rappellerons que les principes essentiels qui consistent avant tout dans le dégagement des deux pôles, d'une part de la tête trop souvent cachée sous les fausses côtes, d'autre part du siège qu'il faudra soit d'une main, soit des deux mains sortir en quelque sorte du bassin pour le tirer à soi vers la fosse iliaque du côté où l'on s'est placé. Puis, attirant le siège à soi d'une main ce pendant que l'on

repousse la tête de l'autre main, on amènera cette tête vers l'aire du détroit supérieur par le plus court chemin et dans le sens où sera respectée la flexion du fœtus sur lui-même.

Nous avons déjà fait remarquer dans le cours de notre travail combien étaient rares les cas d'hémorragie notés dans les accouchements en siège bien que la cause de ces présentations fût fréquemment l'existence d'un placenta inséré bas. Mais, outre qu'il n'est pas besoin d'une importante modification du segment inférieur pour gêner l'accommodation pelvienne de la tête et solliciter le siège à se placer en bas, ce qui revient à dire qu'un placenta empiétant même médiocrement sur le segment inférieur suffira dans bien des cas à créer la présentation du siège nous pensons que la crainte éventuelle d'accidents hémorragiques graves qui pourront se produire dans les cas où le placenta sera vraiment bas inséré, ne devra pas faire perdre de vue ce principe défendu par Pinard que l'accouchement par le sommet est toujours préférable pour le fœtus et que si le siège a paru à certains auteurs comme Hofmeier la présentation idéale en cas de placenta bas, au point que cet auteur l'amène toujours en bas par version s'il y a lieu, il est vraisemblable que c'est du fait même de la rupture des membranes nécessitée par la version. Ce qui fait qu'en fin de compte il faudrait se garder de penser, comme on y serait tenté si l'on adoptait les conclusions de Hofmeier, que le diagnostic étiologique de placenta bas encore qu'il soit souvent bien

incertain puisse constituer une limitation aux indications de la version par manœuvres externes.

La conduite à tenir au moment du travail consiste avant tout à n'intervenir que le moins possible de façon à limiter au plus les risques d'infection. Il faudra respecter avec grand soin la poche des eaux. Jardine (Glasgow, *Med. Journal*, mars 1915) a insisté récemment sur ce point classique : il faut conserver la poche des eaux, parce que sans cela on risque d'avoir une dystocie par rétraction annulaire ; et dans un article plus récent le même auteur insiste sur ce fait que les rétractions annulaires causées par une rupture précoce de la poche des eaux sont, dans la présentation du siège décomplété mode des fesses, un facteur bien plus fréquent de dystocie que l'extension des membres inférieurs relevés en attelle.

Dès le début de la période d'expulsion, il est de toute nécessité de mettre la femme en position obstétricale. Pour le surplus, Fieux (*Journ. de Méd. de Bordeaux*, janvier 1914), insiste sur la nécessité de s'abstenir de toute intervention intempestive ; on laissera agir la nature en se contentant de faire pousser la femme ; la fréquence de l'accouchement spontané en cas de siège décomplété mode des fesses chez les primipares serait pour cet auteur de 90 0/0, et il cite plusieurs observations où, après échec de tentatives d'extraction, on a laissé faire l'utérus en désespoir de cause, et l'accouchement s'est fait spontanément et heureusement.

Nous pensons néanmoins que laisser se dégager

spontanément tronc et bras sans intervenir autrement que pour faire une anse au cordon est une technique discutable, et que ce ne sera pas agir intempestivement que d'intervenir dès que les deux hanches étant sorties à la vulve on a la certitude que le pôle pelvien du fœtus a fait lui-même et lentement la dilatation des parties molles maternelles au maximum de ce qu'il pouvait donner. Il n'y a en effet dès ce moment plus aucun intérêt à laisser les choses traîner en longueur qu'il s'agisse d'un siège complet ou d'un siège décomplet. Et en effet dès ce moment le seul inconvénient de l'extraction du fœtus est le relèvement des bras ; mais à notre sens le temps passé à l'abaissement de ceux-ci sera moindre que celui qui sera nécessaire à l'expulsion spontanée du tronc fœtal surtout s'il s'agit du mode des fesses où l'on se sera en outre abstenu de dégager par une manœuvre pourtant facile les membres inférieurs qui font attelle.

Mais ce que personne ne discute, c'est la nécessité d'extraire la tête. Cette extraction se fera par la manœuvre de Mauriceau-Pinard si parfaitement décrite dans le Farabeuf et Varnier et dans tous les classiques. Nous n'en rappellerons que les principes, c'est à savoir les trois mouvements dans lesquels la manœuvre peut se décomposer ; un premier mouvement, de descente, qui a pour but de faire descendre la tête au fond de l'excavation suivant la circonférence sous-occipito-frontale, et qui s'obtient en fléchissant la tête au moyen d'une traction exercée sur

le maxillaire inférieur par les doigts placés dans la bouche du fœtus ; un deuxième mouvement, de rotation qui a pour but de ramener la bouche en arrière, afin de placer la tête dans le sens de la fente coccy-pubienne ; un troisième mouvement, de dégagement, qui s'obtient en faisant descendre l'occiput jusqu'à voir apparaître les deux tiers de l'écaille occipitale sous l'angle pubien, puis en attirant la bouche d'arrière en avant jusqu'à l'amener à la commissure postérieure de la vulve.

Toute cette manœuvre demande à être conduite rapidement au moins jusqu'au moment où la bouche apparaît à la vulve ; à ce moment le fœtus n'étant plus menacé par l'asphyxie on ira lentement pour permettre au front en se dégageant de dilater le périnée avec assez de lenteur pour en limiter au maximum la déchirure.

Certains auteurs redoutant l'obstacle que le périnée crée à l'extraction de la tête dernière, obstacle souvent important, il faut bien le dire, chez les primipares surtout, n'ont pas hésité comme De Lee à conseiller l'épisiotomie systématique. Nous sommes loin en France de cette façon de faire et grâce au ballon de Champetier nous possédons un moyen d'assouplir le périnée, c'est-à-dire de permettre une manœuvre de Mauriceau non seulement profitable au fœtus dont la tête peut être extraite avec facilité, mais aussi non ou peu préjudiciable au périnée dont les lésions sont réduites au minimum. C'est en 1905 que M. le professeur Pinard eut l'idée de dilater avec un ballon

de Champetier, le canal vagino-périnéo-vulvaire des primipares lorsque l'enfant se présente par le siège, afin de diminuer par cette dilatation préalable la lenteur de l'expulsion du fœtus et en particulier de la tête fœtale. Depuis 1905 cette méthode de dilatation préfœtale a été employée plus de deux cents fois à la clinique Baudelocque, et à l'instigation de M. le professeur Couvelaire, Saxe a consacré à ce sujet sa thèse inaugurale (thèse de Paris 1919).

La technique consiste dans l'introduction au fond du vagin d'un ballon de 400 à 600 centimètres cubes à une période où la dilatation cervicale varie entre 5 francs et une petite paume. La femme n'accuse ni gêne ni douleur. Le ballon est expulsé spontanément en moins de deux heures. Dans 172 cas avec ballon la période d'expulsion du fœtus a été de trente minutes, le pourcentage des lésions périnéales de 25 o/o dont aucune déchirure complète, et la mortalité fœtale au cours de l'expulsion de 1/21 ; tandis que dans 155 cas sans ballon la période d'expulsion a été de soixante-cinq minutes ; il y a eu 40 o/o de lésions périnéales dont huit déchirures complètes, et la mortalité fœtale au cours de l'expulsion a été de 1/9. En outre, dans tous les cas où le ballon a été employé, la mortalité maternelle par infection a été nulle. Enfin la dilatation vaginale ainsi obtenue est souvent si complète que la tête a été souvent expulsée spontanément avant qu'on ait eu le temps d'exécuter la manœuvre de Mauriceau.

Telle est la conduite de demi-expectation qu'il y

aura lieu de tenir dans la majorité des cas de présentation du siège. Mais il n'en va pas toujours ainsi. Dans certains cas l'état de la mère (lésion cardiaque, tuberculose), ou l'insuffisance des contractions utérines, ou encore les signes de souffrance fœtales révélés par l'auscultation au début ou au cours de l'expulsion, obligent à intervenir plus précocement et plus complètement. Il faudra pratiquer la grande extraction, c'est-à-dire l'extraction du siège encore dans l'excavation ou même attardé au détroit supérieur.

Si le siège est complet on abaisse directement un pied en choisant le pied antérieur.

Si le siège est décomplété on aura recours à la manœuvre de Pinard de préférence aux autres manœuvres (Barnes, Tarnier, Fabre): on introduit la main homonyme à la position, c'est-à-dire la main qui regarde le plan ventral du fœtus, de façon que l'annulaire se loge dans le pli de l'aîne, le pouce au niveau du sacrum, l'index et le médus dans le creux poplité; cela fait on dirige la cuisse en abduction, ce qui raccourcit les muscles ischio jambiers et fait tomber le pied du fœtus dans la main de l'opérateur. Cette manœuvre peut être difficile quand le siège est très engagé, mais elle est presque toujours possible.

Cet abaissement du pied, premier temps d'une extraction voulue, est bien différent de l'abaissement prophylactique autrefois systématiquement pratiqué et aujourd'hui délaissé parce que cet abaissement oblige à l'introduction de la main dans l'utérus, ce

qui n'est jamais indifférent, parce que c'est une tentative de terminer hâtivement un accouchement qui pourrait peut-être se mieux terminer spontanément, parce que la procidence du pied peut être une cause de réflexes inspiratoires, et parce qu'en outre la présentation en est d'autant réduite de volume qu'ainsi la dilatation se fait plus mal et que les procidences du cordon en sont favorisées.

Dans les cas où la manœuvre est impossible du fait de l'engagement profond d'un siège volumineux, par exemple, on se gardera bien d'employer ni lacs dans les sacro antérieures ni forceps dans les sacro postérieures : on recourra uniquement aux tractions inguinales avec l'instrument de choix, la main et en se rappelant les principes de Mme Lachapelle : siège haut, tractions sur l'aine antérieure ; siège sur le plancher, tractions sur l'aine postérieure ; siège à la vulve, tractions sur les deux aines avec les deux mains.

L'extraction se continuera comme nous l'avons dit pour les cas ordinaires : Anse au cordon, abaissement des bras ; extraction de la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau-Pinard.

La manœuvre de Champetier de Ribes que nous ne décrirons pas et qui se propose d'engager la tête dernière retenue au-dessus du détroit supérieur ne s'emploiera que dans les cas où le diagnostic étiologique de rétrécissement pelvien n'aura pas été posé avant le travail, à moins que ce rétrécissement ait été considéré comme minime et permettant précisément l'extraction à la faveur de cette manœuvre.

Mais en général lorsque le siège se complique ainsi de quelqu'autre dystocie, siège et variation pelvienne, siège et tumeur, gros fœtus avec siège incliné, siège chez une grande multipare avec cicatrices cervicales faisant redouter la rupture utérine, il pourra être indiqué de pratiquer la césarienne ; ces faits étudiés par Pinard à Baudelocque ont été rapportés en détails dans la thèse de Rimey (thèse de Paris, 1912). Mais il faut bien savoir que ces indications de la césarienne en cas de siège sont nets et rares et Whitrige Williams s'est élevé avec raison contre les abus que certains auteurs ont fait de cette opération dans les présentations du siège.

Nous serions incomplet si dans l'énuméré trop rapide des grandes lignes de conduite à tenir dans l'accouchement par le siège nous ne rappellions pas en quelques mots la conduite à tenir relativement au fœtus. Celui-ci vient en effet très souvent en état de mort apparente et c'est d'avance qu'il faudra préparer tout ce qui peut être nécessaire à le ranimer : la chose essentielle, la première chose à faire, sera de désobstruer ses voies respiratoires en aspirant à l'aide du tube de Ribemont les mucosités qui les encombrent. Les enfants nés par le siège seront dans les jours qui suivront leur naissance, l'objet d'une surveillance spéciale ; il faudra craindre l'infection pulmonaire et employer les moyens révulsifs en temps opportun. Il ne faudra pas non plus négliger les érosions dont la bouche est souvent le siège du fait des manœuvres nécessitées par l'extraction de la tête dernière.

CONCLUSIONS

La conduite à tenir pendant la gestation lorsque le fœtus se présente par le siège, est de toujours pratiquer la version par manœuvres externes. Lorsqu'elle sera pratiquée suivant les règles bien établies par M. Pinard, elle échouera rarement.

En dehors de l'hydramnios, de la gestation gémellaire et du cas du fœtus mort, il n'y a de contre-indication à la version par manœuvres externes, que dans les cas où l'accommodation vicieuse est due à une malformation utérine accentuée, ou à l'existence d'une tumeur pelvienne.

La manœuvre sera difficile dans les sièges primitivement décomplétés, mode des fesses, difficile et le plus souvent impossible dans la variété dite franche (M. Pinard), rencontrée chez certaines primipares.

Pendant le travail il faudra surtout savoir attendre. Trop souvent l'accouchement devient dystocique du fait d'une intervention intempestive; mais dans tous les cas on pratiquera une anse au cordon et on extraira la tête dernière par la manœuvre de Mauriceau-Pinard.

La grande extraction ne se pratiquera qu'en cas d'arrêt de la progression du fœtus pendant la période d'expulsion ou en cas de souffrance fœtale.

Chez les primipares, on usera toujours de la dilatation vaginale par ballon, à la fin de la dilatation, pour faciliter l'expulsion du fœtus, diminuer les risques d'asphyxie de ce fœtus, et réduire au minimum les lésions périnéales maternelles (Thèse de Saxe.)

Vu le Président de thèse,

COUVELAIRE

Vu le Doyen,

ROGER

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

- Armanet.* — Thèse de Paris, 1906-1907.
- Bumm.*
- Farabeuf et Varnier.* — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.
- Marchand.* — Etiologie des présentations du siège. Thèse de Paris, 1914.
- Néret.* — De la présentation du siège, étude statistique. Thèse de Paris, 1899.
- Pinard.* — Traité du palper abdominal.
- Potocki.* — Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1893.
- Ribbemont, Dessaignes et Lepage.* — Traité d'obstétrique.
- Saxe.* — La dilatation préfoetale. Thèse de Paris, 1919.
- Varnier.* — Obstétrique journalière.
- Vignes.* — Présentation du siège (Progrès-médical, 20 sept. 1919).
- Wallich.* — Eléments d'obstétrique.

